

Incorporación de las Evidencias Científicas a la Actividad Enfermera de Urgencias y Emergencias

Resumen

Cada vez es más importante la incorporación de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) en los diferentes ámbitos profesionales como forma de avance sustentado en investigaciones propias.

El presente artículo hace un análisis crítico EBE y de cómo es utilizado en la práctica enfermera y cuáles pueden ser sus beneficios, pero también, los inconvenientes que reporta, para pasar a identificar la idoneidad o no de la EBE en el ámbito de las Urgencias y Emergencias. Cómo un espacio profesional tan ligado a las técnicas puede y debe incorporar el cuidado enfermero y de cómo deben incorporarse pruebas que evidencien su prestación.

Palabras clave: Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), urgencias, emergencias, investigación, enfermería basada en pruebas (EBP).

Incorporation of the Scientific Evidence for activity and Emergency Nurse Emergency

Summary

It is increasingly important to incorporate the Evidence-Based Nursing (EBE) in different professional fields as a way of sustained progress on his own research.

This article makes a critical analysis of BSE and how it is used in nursing practice and what could be its benefits but also drawbacks that reports, moving to identify the suitability of the EBE in the field of Emergency and Emergencies. How a professional area so closely linked to the techniques can and should incorporate the nursing care and how to incorporate tests demonstrating its benefits.

Key words: Evidence-Based Nursing (EBE), ER, Emergency, Investigation, Evidence Based Nursing (EBP).

La semántica de la evidencia.

Durante los últimos años estamos inmersos en la "moda" y el "deslumbramiento" de la evidencia científica. Todas nuestras actuaciones, opiniones o actividades deben atenerse a la evidencia y enmarcarse en la corriente de Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) adaptada de la inglesa Evidence Based Nursing (EBN), que a su vez vienen a ser un mimetismo de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o de su homóloga inglesa Evidence Based Medicine (EBM).

Pero independientemente de la importancia de su manejo e incorporación a la actividad profesional, que abordaremos más adelante, quisiéramos empezar des-

* Enfermero. Profesor Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Universidad de Alicante. Contacto: jr.martinez@ua.es

** Enfermera. Profesora Departamento Enfermería. Universidad de Alicante

Manuscrito 597 recibido Febrero, aceptado Marzo, 2010.

tacando algo tan, en apariencia, alejado del tema que nos ocupa como es el valor semántico de las palabras que utilizamos para referirnos a la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).

No es la primera y, lamentablemente no será la última vez, que se hace un uso erróneo de términos anglosajones para adaptarlos al castellano, con el consiguiente deterioro no tan solo de la propia lengua sino de su verdadero significado en la práctica.

El término "evidence" en inglés no quiere decir lo mismo que "evidencia" en castellano. Se trata de un término equívoco al tener distintos significados. "Evidence" significa prueba, hallazgo y tiene matiz objetivo en inglés, mientras que "evidencia" en castellano tiene matiz subjetivo y significa algo que no precisa demostración desde el punto de vista de quien habla.¹

Si consultamos el diccionario de uso del español de María Moliner² encontramos definida "evidencia" como cualidad de "evidente" algunos de cuyos significados son: claro, fehaciente, incontestable, incontrastable, incontrovertible, incuestionable, indiscutible, indisputable, indubitante, indudable, innegable, irrefutable, irrecusable, irrefragable, irrefutable, axioma, perogrullada, manifiesto, meridiano, natural, notorio, obvio, ostensible, palmario, patente, perceptible... De todo lo cual se desprende que el uso de la palabra "evidencia" es totalmente contraria al método científico, ya que se basa precisamente en que nada está tan claro que no pueda ser refutado.

Por otra parte el adjetivo "científico" intenta calificar a tal "evidencia" como más evidente si cabe, al haber sido obtenida por métodos garantizados como seguros. Pero conociendo el efímero alcance de lo científico, y también el margen de error intrínseco que conlleva, resulta que la unión de los dos términos, aunque intente el reforzamiento mutuo, acaba en una contradicción. Porque lo científico nunca será, por definición, evidente y lo evidente no puede obtenerse a través del siempre sujeto a error método científico³.

Enfermería basada en la evidencia vs Enfermería Basada en Pruebas

Pero no es la semántica el único punto de desencuentro con la evidencia.

Siguiendo a Poper, defensor de la deducción como único método lógico de inferencia científica, lo que hoy llamamos verdades (evidencias) no son sino hipótesis a la espera de ser falseadas; lo que hoy tomamos por cierto, por evidente, puede dejar de serlo en el futuro. Por su parte en polémica con los llamados epidemiólogos poperianos⁴, y en base a la inferencia bayesiana, existe la posibilidad de asignar probabilidades subjetivas o grados de creencia a las hipótesis de una manera lógica⁵. Es por todo ello que la historia de la ciencia nos obliga a ser cautos en las afirmaciones que hagamos⁶.

Hay que tener en cuenta además que según los más prestigiosos organismos internacionales la evidencia es graduable y que su solidez máxima es aquella basada en ensayos clínicos aleatorizados a los que con frecuencia se sacraliza como el único método científico capaz de generar "evidencia". Sin embargo los estudios relacionados con los cuidados y que con mucha frecuencia se basan en estudios más complejos, desde el punto de vista ético y metodológico, son considerados como "alternativos" y/o contradictorios con el modelo biologicista imperante, por lo que nunca se dispone de fondos o es muy difícil que se encuentren.

Sin querer restar validez a los citados ensayos clínicos aleatorizados, habrá que dejar claro que éstos no garantizan la seguridad, "santidad", no maleficencia ni beneficencia de ninguna técnica, sistema o procedimiento. Además sólo pueden aplicarse a parcialidades de los modelos asistenciales y muy difícilmente a su conjunto⁷.

Por lo tanto el sueño empirista de tener una guía avalada por datos empíricos para cada una de nuestras prácticas y, más aún, para cada una de nuestras organizaciones y modelos, no es más que eso: un sueño empirista.⁸

No se puede, y consideramos que no se debe por lo dicho, esperar a que se produzca la evidencia para cualquiera de nuestras actuaciones o actividades diarias, con el consiguiente riesgo de alcanzar "la parálisis del análisis" dado que ello sería tanto como querer extrapolar el dogma de la Santísima Trinidad a ámbitos extrareligiosos.

Hechas pues estas consideraciones que, entendemos imprescindibles, hemos de aclarar que la denominada Enfermería Basada en la Evidencia a la que nos referiremos en adelante, en coherencia con lo apuntado, como Enfermería Basada en Pruebas, puede ser una excelente aportación a la mejora de nuestras prácticas, técnicas y modelos... pero que deberemos tener en cuenta que se halla sujeta a poderes sociopolíticos y culturales que no pueden ser obviados ni olvidados a la vez que el sentido común puede, y debe seguir siendo, un buen sustituto en caso de débil evidencia o mejor dicho de falta de pruebas.

Hay que destacar antes de nada que las disciplinas basadas en la práctica suelen generar un distanciamiento entre los profesionales que investigan y quienes la practican lo que provoca una inadecuada incorporación de los hallazgos obtenidos por los primeros 9. Este es un hecho al que no escapa la enfermería, pero a la que sin duda se deben añadir una serie de condicionantes propios tanto de la práctica como de la disciplina enfermera.

El hecho de que Enfermería observe, plantee o sitúe al cuidado como un medio para alcanzar el fin de la curación o de que realmente haga del cuidado el fin mismo de su práctica profesional modificará sustancialmente la realidad de la investigación y de sus consecuentes ha-

llazgos para incorporarlos a la práctica profesional y a la generación de nuevos conocimientos. Más teniendo en cuenta que en el dilema curar-cuidar, el aparente fracaso de la técnica le otorga una nueva dimensión al cuidado.

Enfermería Basada en Pruebas en Urgencias y Emergencias

Cobra especial importancia la actividad enfermera en urgencias y emergencias en tanto en cuanto confluyen en mucha mayor medida que en otros ámbitos las respuestas humanas a problemas de salud reales y potenciales que precisan de una actuación basada tanto en la evidencia como en la experiencia. Dado que ninguna de las dos por separado es suficiente. Sin experiencia existe el riesgo de que la práctica llegue a estar tiranizada por la evidencia, ya que incluso una excelente evidencia externa puede ser inaplicable o inapropiada en determinados casos, del mismo modo que sin la mejor evidencia actual, el riesgo es que la práctica quede rápidamente desfasada, en perjuicio del usuario.

En este sentido, si bien Lorentzon apunta que la evidencia en Enfermería es todo aquello que puede contribuir a mejorar la práctica, Estabrooks lo clarifica mucho mejor al distinguir dos tipos de evidencias: las derivadas de la investigación y las no derivadas de la investigación, y entre éstas últimas dos principales: la experiencia y el juicio clínico. Éstas son evidencias falibles, correosas, pero insoslayables, que deben ser tenidas en cuenta y saber sobre ellas y por las que, sin embargo, apenas ha mostrado interés la EBE ¹⁰.

Muchas decisiones enfermeras parecen arbitrarias, altamente variables y sin explicación obvia. Existe una gran variabilidad intraenfermeras e interenfermeras respecto a las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica que trae como consecuencia un marco de trabajo con un alto grado de incertidumbre ¹¹.

Así mismo debemos destacar que hay una variabilidad dependiente del entorno y condiciones de trabajo y hay otra variabilidad difícilmente explicable que si fuera consecuencia directa de la arbitrariedad tendería a deteriorar la calidad de los cuidados, produciría un efecto lesivo sobre el crédito profesional y, en definitiva cuestionaría la eficiencia del sistema. Pero la ausencia de variabilidad en la práctica enfermera no significa que necesariamente se está llevando a cabo una atención óptima, pues que todos hagan lo mismo puede deberse a que todos están haciendo lo que no es correcto.

Sabemos que los cuidados enfermeros están sujetos a numerosas prácticas inefectivas, porque: o no se realizan dichos cuidados aún estando probado que son efectivos, o se realizan sin estar probada su efectividad, o se realizan a pesar de estar probada su ineffectividad. Hay modas, inercias o situaciones que se mantienen o pro-

pagan con éxito sin entenderse muy bien por qué. Por el contrario, es notorio el escaso eco que muchas propuestas, guías o protocolos obtienen a pesar de diseminarse a través de medios profesionales.

Por lo general, cuando no hay pruebas disponibles la enfermera tiende a basar sus decisiones en su exclusiva experiencia y la posibilidad de error aumenta. Las observaciones personales son escasas y no sistematizadas, la memoria es selectiva, las apariencias sesgadas y la mente no elabora comparaciones aleatorizadas entre diferentes problemas. En consecuencia la variabilidad deberá reducirse mediante la incorporación de pruebas obtenidas de la investigación a través de los conocimientos, de las actitudes y de las habilidades o lo que es lo mismo de que las enfermeras sepan qué hacer, que quieran hacerlo y de que sepan cómo hacerlo al tiempo que no existan condicionantes externos "insalvables" que lo "impidan" (sociales, organizativos...).

La práctica en apariencia adherida al rigor y ortodoxia científicos, depende en realidad de actitudes personales de la enfermera, motivaciones, estímulos y creencias ligadas a la organización en la que desarrolla su actividad. Y es que la utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como organizacional; existiendo muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica ¹³⁻¹⁵.

Así encontramos que en las organizaciones sanitarias en general y en los servicios de urgencias en particular no existe una decidida orientación hacia la investigación de enfermería, ni una concienciación extendida sobre su importancia ¹⁶. Del mismo modo existe poco interés tanto de las organizaciones como de los directivos por la utilización de abordajes desde paradigmas distintos al positivista ¹⁷⁻²¹. Se infravalora lo cualitativo, parte esencial de enfermería, provocando que en muchos casos no se tengan en cuenta y sea muy difícil la puesta en práctica de los hallazgos obtenidos por las enfermeras, dada la visión biologicista y tremendamente medicalizada de los servicios de urgencias. Cabe añadir además la tendencia a contemplar la evidencia como una panacea de la eficiencia económica por parte de políticos y gestores, al desviar la atención hacia los aspectos dominados por el poder, la elección política e ideológica y las influencias socioculturales. Esto dificulta, sin duda, la mejor actuación enfermera hacia los usuarios en situación clínica y personal compleja e intransferible, basada en la utilización consciente y crítica de la investigación más reciente y la experiencia profesional ²².

No hay que desdeñar, como ya hemos comentado, el hecho de que la práctica clínica en general y la enfermera en particular es muy dependiente del medio y de los objetivos de la atención sanitaria que pretende proporcionar. Así nos encontramos que en los servicios de urgen-

cias y emergencias existen unos condicionantes propios de la práctica que en unos casos reducen la incertidumbre pero en otros la agravan.

Y, si bien es cierto que las alteraciones graves se observan en estadios más desarrollados que hacen más fácil su identificación, que la efectividad de las estrategias diagnósticas están más comprobadas y que las actuaciones están más protocolizadas. No es menos cierto que el eje asistencial se basa en la actuación esporádica y puntual centrada en el individuo, que los problemas de salud tienen un peor pronóstico y versatilidad de manejo, que no se tiene un conocimiento previo de los usuarios, que el individuo es contemplado como un ser bipolar, dicotómico y asimétrico en el que la biología domina toda la atención resultando muy difícil realizar una valoración integral, que factores tales como el miedo, la ansiedad y la incertidumbre de los pacientes y sus familias actúan como elementos distorsionadores de todo el proceso, que la actividad enfermera queda fagocitada siendo muy difícil darle visibilidad... circunstancias, entre otras muchas, que hacen de la toma de decisiones un proceso inestable e incierto que influye en la consiguiente entropía e incertidumbre asistencial.

Y el hecho, no por más conocido menos importante, de que no existen enfermedades sino enfermos, y que cobra una especial significación en los servicios de urgencias y emergencias hace que la incertidumbre se torne en variabilidad y en uno de los elementos clave de la toma de decisiones como es la percepción de las consecuencias. Si la percepción de las consecuencias es incorrecta, la probabilidad de una decisión incorrecta aumenta.

La variabilidad descrita ocurre, por lo tanto, porque las enfermeras se ven obligadas a tomar decisiones sobre situaciones muy complejas, bajo circunstancias muy difíciles y con muy poco apoyo

Si a todo lo anterior unimos que la formación superior de los directivos de enfermería es directamente proporcional al interés e incentivación hacia la investigación^{23,24} y la consecuente incorporación de los datos obtenidos en la práctica enfermera, podremos entender la precaria situación de la investigación de enfermería en muchos lugares.

Es preciso destacar, por otra parte, que la evolución de la enfermería en los últimos 30 años ha hecho posible que sus profesionales pasaran de ser técnicos con funciones y competencias exclusivamente delegadas y sin contenido científico ligadas a la realización de técnicas más o menos complejas, a ser profesionales de la ciencia enfermera con funciones y competencias autónomas, ligadas a la prestación de cuidados requeridos por los usuarios en diferentes etapas vitales alejadas, en muchas ocasiones, de la biología y que introducen un componente clave en las decisiones: las expectativas, las creencias y necesidades del usuario, sus familias y su entorno, que están sujetas al rigor científico que hacen imprescindible un abordaje integral.

La actividad enfermera de urgencias y emergencias no queda, por lo tanto y a pesar de lo que pueda parecer dado su entorno medicalizado, alejada del desarrollo del conocimiento holístico²⁵ y de la investigación a través de la etnografía y la fenomenología²⁶, como elementos cada vez más potentes de la metodología cualitativa que mejor respuesta dan a las investigaciones de las que obtener los resultados -evidencia externa- en equilibrio con el conocimiento derivado de la experiencia profesional -evidencia interna- que permitan prestar unos cuidados basados en pruebas.

En un intento de aproximación a la realidad enfermera en urgencias y emergencias destacaría como uno de los aspectos que mayor número de investigaciones genera en la literatura científica el del triage y selección de usuarios. En los mismos se pone de manifiesto la importancia de los cuidados enfermeros tanto en la respuesta a las necesidades planteadas por los usuarios como a la eficacia y eficiencia en la organización de los propios servicios.²⁷⁻²⁹

En este mismo sentido encontramos pruebas en investigaciones recientes que ponen de manifiesto la ausencia de variabilidad en la actividad tanto de médicos como de enfermeras de los servicios de urgencias derivadas de sus perfiles disciplinares y en los que se puede comprobar como las enfermeras otorgan menor importancia a los problemas biológicos en favor de problemas relacionados con las respuestas humanas, al contrario de lo que sucede con los médicos. Estas actitudes sin embargo, con parecer razonables, indican una clara deficiencia relacionada con las prioridades que médicos y enfermeras realizan sobre la base de su diferente percepción de salud-enfermedad, pero alejada de las necesidades que permitan realizar una adecuada asignación de los pacientes basándose en datos objetivos.³⁰ Por el contrario y tal como se evidencia en otros estudios la utilización de pruebas mejora sensiblemente la práctica en estos servicios, independientemente, de las preferencias o inclinaciones por razón de pertenencia a colectivos profesionales o disciplinares diferentes,³¹ lo que pone de manifiesto la importancia de realizar estudios sobre la actividad enfermera que aporten pruebas.

En otro orden de cosas y aún siendo de suma importancia en urgencias y emergencias la denominada "hora de oro" donde se ha demostrado que una adecuada atención rebaja considerablemente el número de lesiones invalidantes y los fallecimientos³², no es menos cierto que cabe incrementar la incorporación de pruebas relacionadas con las respuestas humanas de los usuarios y sus familias y la aportación que las enfermeras realizan a las necesidades planteadas por ellos, que se han demostrado de gran eficacia en la identificación de importantes problemas de salud como los malos tratos.³³⁻³⁵

Por todo ello y para poder incorporar pruebas a la actividad enfermera de urgencias y emergencias será

preciso integrar las contradicciones de la cultura - organizacional, del usuario y del profesional- con pruebas científicas de distinta naturaleza, pero evitando la focalización únicamente en el paradigma científico-tecnológico y favoreciendo una perspectiva holística con la que hoy día se acepta universalmente el ejercicio profesional de las enfermeras.³⁶

Cuidar la evidencia. Evidenciar los cuidados.

Las enfermeras debemos plantearnos seriamente pasar de ser transmisores pasivos a ser activos gestores y creadores del conocimiento científico al servicio de la salud de la comunidad que precisa de nuestros cuidados allá donde nos encontremos. Las pruebas deben conformar pero nunca sustituir, a la maestría enfermera, porque es esa maestría enfermera la que puede decidir si la información, aún cuando sea de extraordinario interés científico, es realmente aplicable a nuestro usuario individual en relación con su familia y su entorno.

En cualquier caso la incorporación de pruebas por parte de las enfermeras a su actividad diaria está determinada por barreras e instrumentos facilitadores que influirán de manera determinante en su aplicación.

Así podemos destacar como principales barreras:

- La ausencia de una orientación decidida hacia la investigación y el conocimiento insatisfactorio sobre los hallazgos obtenidos de la misma por parte de las enfermeras y de la propia organización^{37, 38}.
- El desconocimiento importante sobre la relevancia y actualidad de la información que ofrecen las fuentes de documentación primarias³⁹.
- La reducida referencia y lectura de artículos en inglés (insularity)^{40, 41}.
- Las deficientes formación y destrezas en lectura y valoración de informes de investigación^{42, 43}.
- La escasez de estudios de replicación y de líneas programáticas de investigación.
- La escasa utilización de marcos teóricos de enfermería como fundamento de la investigación empírica⁴⁴.
- La escasa investigación metodológicamente potente⁴⁵.
- La falta de criterios uniformes en la publicación y presentación de los resultados de las investigaciones⁴⁶.

Sin embargo, sería un error considerar o imputar todas estas barreras únicamente a la actitud o disposición de las enfermeras. El escaso apoyo organizacional y financiero a la investigación de enfermería es un hecho que no tan solo se centra en el apoyo, impulso o desarrollo de proyectos, sino en la dificultad para acceder a las fuentes de información así como los escasos recursos bibliográficos disponibles. Por otra parte la falta de apoyo, comprensión y colaboración en la investigación

de enfermería por parte de otros colectivos -fundamentalmente médicos- bien por considerarla innecesaria o por considerarla una amenaza a su posición y la resistencia al cambio mostrada por profesionales de la propia enfermería, actúan como elementos potenciadores de las barreras descritas.

A pesar de lo que pueda parecer tras lo apuntado existen también acciones que favorecen o facilitan la investigación enfermera y que en muchos casos actúan como antagonistas de las barreras anteriormente descritas, tales como:

Las principales acciones facilitadoras las podemos resumir en:

- La implicación y soporte de los directivos hacia la investigación de enfermería y la incorporación de las pruebas obtenidas de la misma^{47, 48}.
- El estilo de dirección, la escucha activa y el reconocimiento de los logros⁴⁹.
- Una cultura organizacional que cree, favorezca y potencie la investigación de enfermería^{50, 51}.
- El máximo desarrollo disciplinar enfermero (licenciatura y doctorado) que permita el acceso a los máximos niveles de gestión, docencia e investigación.
- La generación, potenciación y desarrollo de equipos de investigación en un espacio temporal y físico definidos.
- Favorecer y potenciar la investigación basada en el paradigma cualitativo.
- La inversión en infraestructuras (ordenadores, conexiones a red, fondos bibliográficos, acceso a bases de datos...) ⁵²

En la medida en que las acciones facilitadoras vayan inhibiendo o eliminando las barreras se logrará cuidar la evidencia para que, sobre la base de las pruebas obtenidas, seamos capaces de evidenciar los cuidados que nos identifican como enfermeras.

Por último creemos pertinente realizar una breve pero firme reseña a la importancia que las Sociedades y Asociaciones Científicas de Enfermería, más allá de su ánimo corporativo y asociativo, tienen en la búsqueda, desarrollo, implantación, diseminación, seguimiento y evaluación de las mejores pruebas científicas derivadas de las investigaciones de enfermería, en su doble compromiso con la profesión Enfermera y con la Comunidad, como garante de las mejores pruebas en aquellos aspectos que le son propios o comunes a sus intereses científicos y profesionales.

Las pruebas en las que basar la práctica enfermera se basan en el conocimiento, que tal como decía el lexicógrafo y poeta inglés Samuel Johnson... *"es de dos clases: o conocemos el asunto por nosotros mismos, o sabemos donde podemos encontrar noticias sobre el mismo"* (Boswell: Life 1775)

Referencias bibliográficas

- Manteca González A. Sobre el término evidencia. Evidencia Científica. Lenguaje médico. Medicina Basada en la Evidencia. Aten Primaria 1997;20 (8):120.
- Moliner M. Diccionario de uso del español. Vol I. Madrid: Gredos, 1994: 1244.
- Miguel García F, Echeverría M, Poza E. Evidencia científica versus estado actual de la cuestión. Aten Primaria 1997;20(8):118-20.
- Weed DL. On the logic of casual inference. Am J Epidemiology 1986;123(6):965-79.
- Greenland S. Probability versus Popper: an elaboration of the insuficiencias of current popperian approaches of epidemiologic análisis. En: Rothman KJ, ed. Causal Inference. Chestnut Hill: Epidemiology Resources Inc., 1988;95-104.
- Gálvez Ibáñez M. Contra la sacralización de la "evidencia". Aten. Primaria 1997; 2000 (8):109-10.
- Tizón JL. ¿Es evidente la evidencia? Aten. Primaria 2000;26 (10):714-6
- Clavero J. La investigación bajo sospecha. Quadern CAPS 1991; 15: 55-65.
- Hardey M. The dissemination and utilization of nursing research. En M. Hardey & A. Mulhall, Nursing Research. Theory and Practice. London: Chapman and may. 1994.
- Lorentzon M. Citado por Cabrero García J. En: Enfermería Basada en la Evidencia y utilización de la Investigación. Index Enferm 1999;27:12-8.
- Gómez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: Manual de Medicina Basada en la Evidencia. Ed MSD, Madrid 1998;15-25.
- Hermosilla Gago T. REMI y Enfermería Basada en la Evidencia: reducir la variabilidad de los cuidados enfermeros. Revista Electrónica de Medicina Intensiva 2003;3(11). <http://remi.uninet.edu/2003/11/REMIA008.htm> [Consultada 02/02/2009].
- Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. J. Advanced Nursing 2000;31:599-606.
- Kajermo K, Nordstrom G, Krusebrant A, Bjorvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Swedn.J. Advanced Nursing 1998; 27:798-807.
- Leighton-Bech L. What is networking? Nurse Res 2000; 7:4-12.
- Chapman H. Why do nurses not make use of a solid research base? Nursing Times 1996;92:38-9.
- Molina JL, Sandin MP. Epistemología y enfermería: paradigmas de la investigación enfermera (y II). Enfermería Clínica 1995; 5:40-52.
- Jovell AJ, Navarro MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin 1995;105:740-3.
- Bonell C. Evidence based nursing: a stereotyped view of quantitative and experimental research could work against profesional autonomy and authority. J. Advanced Nursing 1999; 30:18-23.
- Walshe K, Rundall G. Evidence based management: from theory to practice in health care. Milbank Q 2001;79:429-57.
- Gálvez A. Práctica clínica basada en la evidencia. Una aproximación bibliográfica. Index Enferm 1999; 27:54-6.
- Orellana Yañez A, Paravic Kljin T. Enfermería Basada en Evidencia: barreras y estrategias para su implementación. Cienc. Enferm. 2007;13(1):17-24.
- Zunzunegui MV, Rodríguez-Laso A, Otero A, Pluijm SM, Nikula S, Blumstein T, et al. Disability and social ties:comparative findings of the CLESA study. Eur J Ageing. 2005;2:40-7.
- Wilson-Barnet J, Corner J, De Carte B. Integrating nursing research and practice the role of the researcher as teacher. J Advanced nursing 1990; 15:621-8
- Kelly J. Evidence-based care of a patient with a myocardial infarction. Br J Nurs 2004;13(1):12-8.
- Richardson LD, Babcock Irvin C, Tamayo-Sarver JH. Racial and ethnic disparities in the clinical practice of emergency medicine. Acad Emerg Med. 2003;10(11):1184-8.
- Allison K, Porter K. Consensus on the prehospital approach to burns patient management.Emerg Med J. 2004; 21(1):112-4.
- Lee A, Hazlett CB, Chow S, Lau FL, Kam CW, Wong P, Wong TW. How to minimize inappropriate utilization of Accident and Emergency Departments: improbó the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees. Health Policy 2003; 66(2):159-68.
- Speake D, Teece S, Mackway-Jones K. Detecting high-risk patients with chest pain. Emerg Nurse 2003; 11(5):19-21.
- González Ortega Y. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Aquichan. 2007;7(2):130-8.
- Hodge M, Kachie LD, Larsen L, Santiago M. Clinician-implemented research utilization in critical care. Am J Crit Care 2003;12:361-6.
- SEEUE. Estándares para la Práctica de Enfermería de Urgencias y Emergencias. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/fundamentos/estandares.html>
- Olson L y cols. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. Ann Emerg Medicine, 1996; 27(6):741-6
- Saller PR, Taliaferro E. Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario. Ed. Cedecs, Barcelona, 2000
- Conclusiones XI Congreso de Enfermería de Urgencias. Murcia; octubre 1998
- Martínez Riera JR. Barreras e Instrumentos facilitadores de la Enfermería Basada en la Evidencia. Enf Clínica 2003;13(5):303-8.
- Cabrero J. Enfermería Basada en la Evidencia y utilización de la investigación. Index de Enfermería, 1999;27:12-18.
- Jiménez Hernández JA. Ayuso García MD. Murillo Murillo R. Guillén Ríos JF. Evolución de las publicaciones periódicas españolas de enfermería: A quantitative analysis. Index Enferm. 2007;16(56): 73-78.
- Arroyo Gordo, MP. Enfermería Basada en la Evidencia. Edición Española. Metas de enfermería. 2008;11(2):3.
- Richart M, Cabrero J. Análisis de las bases bibliográficas utilizadas en la investigación enfermera española. Una comparación con medicina y psicología. Enfermería Clínica, 1991;1:139-142.
- Richart M, Cabrero J, Congost N, Cremades A, Cremades JA, López A, López P. Análisis de las referencias bibliográficas de los artículos originales publicados en tres revistas españolas de enfermería: años 1992-1993. Enfermería Clínica, 1994;4(3):118-123.
- Richart M. Estado de la producción científica de la Enfermería Española (I). Index de Enfermería, 1999;27:19-24
- Millar C. & Jonson L. & Mackay M. & Budz B. The challenges of clinical nursing research: strategies for successful conduct. Clinical Nurse Specialist, 11(5):213-6.
- Siles J. Epistemología y enfermería por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica, 1997; 7(4):188-94.
- Cabrero J, Richart M. Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española. Enfermería Científica, 1992; 122:27-39.
- Richart M. Estado de la producción científica de la Enfermería Española (y II). Index de Enfermería, 2000;28-29:15-18.
- Funk SG, Champagne MT, Tronquist EM, & Wiese RA. Clinical Methods: Administrator's views in barriers to research utilization. Applied Nursing Research, 1995;8(1):44-9.
- Parahoo, K. Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland. Journal of Advanced Nursing, 2000;31(1):89-98.
- Kajermo K, Nordstrom G, Krusebrant A. & Bjorvell H. Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden. Journal Advanced Nursing, 1998;27(4):798-807.
- Retsas A. Barriers to using research evidence in nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 2000;31(3):599-606.
- Royle J, Blythe J, Ciliska D, Ing D. The Organizational Environment and Evidence-Based Nursing. Canadian Journal of Nursing Leadership, 2000;13(1):31-7.
- Icart MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. Revista Rol de Enfermería, 1999;22(3):185-190.